Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0148

DES ÉTATS LACRYMAUX

CHEZ LES GRANULEUX

DES

N° 7

ÉTATS LACRYMAUX

CHEZ LES GRANULEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juin 1909

ACAD.
MED. MONT.
BIBL.

PAR

Mlle Fannia HELLER

Née à Osernitza (Russie), le 2 janvier 1883

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻) Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻)
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TRUC, *président.* | GAUSSEL, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

FANNIA HELLER.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

FANNIA HELLER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

FANNIA HELLER.

INTRODUCTION

La conjonctivite granuleuse est une maladie extrêmement répandue, qui doit être bien connue même par un médecin général, obligé souvent, dans les conditions spéciales où il se trouve, de soigner des malades atteints de cette affection.

La conjonctivite granuleuse réclame beaucoup d'attention, à cause des complications qui se produisent très vite et qui entraînent la diminution ou la perte complète de la vue, et même parfois, — heureusement ces cas sont peu fréquents, — vont jusqu'à la perte de l'organe.

Il ne rentre pas dans le plan de cette thèse de donner une description de la conjonctivite granuleuse elle-même. Nous nous proposons d'étudier surtout les complications lacrymales, qui surviennent souvent pendant le cours de cette longue maladie.

Notre travail comprendra quatre chapitres :

I. Dans le premier chapitre, nous étudierons les états lacrymaux latents chez les granuleux. C'est une affection peu étudiée jusqu'à présent, et généralement méconnue, mais très importante et même très fréquente.

II. Nous diviserons le second chapitre en deux paragraphes : le premier contiendra la définition de l'épiphora et son étiologie : soit rétrécissement, dont les observations seront dans ce même paragraphe, soit hypersécrétion, ce qui fera, avec les observations correspondantes, l'objet du second paragraphe.

III. Le chapitre III sera consacré à la dacryocystite.

IV. Et le chapitre IV à la dacryoadénite.

DES

ÉTATS LACRYMAUX

CHEZ LES GRANULEUX

CHAPITRE PREMIER

DES ÉTATS LACRYMAUX LATENTS DANS LE TRACHOME

On savait depuis longtemps que dans le trachome on pouvait observer différentes manifestations lacrymales comme le larmoiement, la dacryocystite, etc. Mais ce qui n'était pas connu, c'étaient les relations entre les deux affections.

C'est à M. le professeur Truc et à M. Abadie que revient l'honneur d'avoir signalé le rapport, qui existe entre le larmoiement et le trachome, et d'avoir démontré que l'un entretient l'autre. Ce fait a une très grande importance au point de vue clinique : il faut soigner les deux affections à la fois, quand on veut avoir des résultats satisfaisants.

Les deux auteurs, que nous venons de citer, ont fait des recherches analogues presque en même temps, mais, fait curieux, indépendamment l'un de l'autre.

Dans ce chapitre, nous nous proposons surtout l'étude

des troubles lacrymaux qui, dans un certain nombre de cas, viennent compliquer l'évolution du trachome, et auxquels, faute d'être averti, le médecin peut négliger de songer, au grand détriment de son malade et du succès de son traitement.

Dans un certain nombre de cas d'ophtalmie granuleuse, le tableau clinique se complique de phénomènes lacrymaux par ailleurs bien connus, dont la constatation est facile, ainsi que le diagnostic. Ce sont les diverses formes de dacryocystite, accompagnées elles-mêmes par leurs diverses complications, et dont nous ferons l'étude dans les chapitres suivants. Mais tous les troubles compliquant le trachome ne sont pas réunis dans le groupe précédent. Il y existe un certain nombre de cas, où, malgré la présence de lésions lacrymales, qui ont une répercussion sur l'évolution des lésions granuleuses, on ne note aucun symptôme appréciable du côté des voies lacrymales. Ces cas forment ce que l'on a appelé les troubles lacrymaux latents dans l'ophtalmie granuleuse. M. le professeur Truc a consacré une étude générale aux états lacrymaux latents dans la *Clinique ophtalmologique,* et repris récemment la question, qui nous occupe dans ce chapitre, pour sujet d'un article publié dans la *Presse Médicale d'Egypte.*

D'abord, que sont les états généraux latents ?

Les états lacrymaux, habituellement constatés, tirent leurs phénomènes symptomatiques de deux ordres d'éléments : 1° du côté, en quelque sorte afférent, ils sont subordonnés à une trop grande sécrétion lacrymale, à un hyperfonctionnement glandulaire ; 2° du côté efférent, du côté des voies éliminatoires, les diverses causes qui mettent obstacle à l'écoulement naturel du liquide se rencontrent : brièvement, elles se résument en déviations, rétrécissements, inflammation des voies lacrymales. Le résul-

lat de la mise en jeu de ces deux sortes d'éléments, combinés ou isolés, est la production du *larmoiement*. Tous les degrés de larmoiement peuvent ainsi se manifester, et l'on en observe de minimes, où l'œil est simplement un peu plus humide qu'à l'état normal : c'est ce qu'on appelle en Angleterre « the watered eye » — œil humide.

Eh ! bien, à un degré plus atténué encore, il peut y avoir un état lacrymal où le larmoiement a disparu du tableau symptomatique. S'il est vrai que le larmoiement est presque toujours l'indice d'un état lacrymal défectueux, le réciproque n'est pas vrai dans tous les cas, et l'état lacrymal n'implique pas toujours le larmoiement. Souvent même, il ne se produit aucun symptôme apparent, manifeste. Il n'en existe pas moins, et son existence peut être décelée. Par quels procédés ?

Dans un premier groupe, nous mettrons les présomptions rationnelles : si un traitement rationnel est dirigé contre une affection oculaire et contre ses complications manifestes de façon à remplir toutes les indications qui peuvent se présenter, et que cette médication soit mise en échec, il faut admettre une cause pathologique latente. En pathologie oculaire, cette cause est, plus fréquemment qu'on ne le croit, un état lacrymal latent. Et la preuve en est facile à faire par notre second groupe d'arguments.

A la thérapeutique appliquée ci-dessus sans succès ajoutons une exploration des voies lacrymales, reconnaissons-en les lésions, et appliquons le traitement qu'elles nécessitent ; l'évolution favorable nous fera conclure : il y avait complication sérieuse, puisqu'elle mettait échec au traitement rationnel de la lésion principale.

La réalité de l'existence de ces faits est décelée par l'observation. L'article ci-dessus indiqué du professeur Truc en rapporte deux cas typiques accompagnant une

kératoconjonctivite phlycténulaire et une blépharite ulcéreuse. Or, chez certains granuleux, des conditions analogues existent : ces observations, que nous rapportons, en font foi.

La *fréquence* de ces états latents est relativement minime dans le trachome ; nous n'oublions pas que beaucoup d'ophtalmies granuleuses évoluent sans troubles lacrymaux, et que, parmi celles qui en sont compliquées, il s'agit, dans la majorité des cas, de phénomènes apparents manifestes.

Cete complication se traduit dans les cas de trachome, des granulations scléroïdes ou fibroïdes anciennes ou chroniques. Il faut du temps pour la formation de ces lésions lacrymales, dangereuses malgré leur latence. Donc, dans les ophtalmies récentes, soit aiguës, soit subaiguës, les états lacrymaux latents n'existent pas, à moins qu'ils ne constituent un état de choses antérieur, auquel cas leur nature et leur valeur pathogénique sont différentes.

Etudions maintenant et successivement les relations pathogéniques réciproques entre l'ophtalmie granuleuse et les états lacrymaux :

1° *L'influence du trachome sur l'état lacrymal.* — Les lésions granuleuses sont susceptibles de se propager par continuité de tissus, en dehors de la zone conjonctivale ; elles peuvent ainsi atteindre les voies lacrymales, ainsi que l'a démontré le professeur Cirincione, comme elles peuvent remonter dans les glandes lacrymales orbitaires (Truc et Peretz). Dès que la lésion s'est ainsi propagée dans les voies lacrymales, il y a état lacrymal susceptible de compliquer la conjonctivite granuleuse préalable. Telle est l'influence directe. Il y a aussi une influence indirecte, qui tient à l'état général du sujet. Les granuleux, appar-

tenant souvent à la grande famille des lymphatiques, sont souvent atteints de rhinite chronique, de congestion canaliculaire, d'où facilité extrême de complications lacrymales.

2° *Influence de l'état lacrymal sur le trachome.* — L'état lacrymal est un obstacle au bon drainage de la conjonctive ; il y a donc stagnation des larmes et avec elles des poussières, corps étrangers, microbes, etc., que normalement elles entraînent loin de l'œil. A l'état normal, cette fonction de drainage est si capitale, que l'irrigation expérimentale de l'œil est difficile à obtenir chez l'animal (Gambert, Gayet, Cuénod, Truc). Au contraire, dès qu'il y a stagnation, il survient de l'infection qui entretient et complique les lésions granuleuses. On voit ainsi se former un cercle vicieux où l'état lacrymal entretient le trachome et où le trachome exaspère les lésions lacrymales.

Diagnostic. — Il n'y a pas de symptôme direct de l'état lacrymal latent. Il y a une *présomption rationnelle* : c'est la résistance des lésions conjonctivales à un traitement bien réglé. Il y a une *preuve a posteriori*. C'est l'influence du traitement lacrymal, et en particulier des cathétérismes. Il y a des signes qu'il faut savoir chercher :

Ce sont la dépression de la région angulaire ou sacculaire, la sécheresse de la fosse nasale du côté atteint, la lenteur de l'arrivée dans les fosses nasales d'une solution colorée instillée dans l'œil (bleu de méthylène, argyrol), la difficulté de passage d'une injection d'eau bouillie poussée par les conduits lacrymaux, enfin les renseignements du cathétérisme explorateur qui révèle les rétrécissements, les sténoses, les occlusions.

Traitement. — La constitution d'un état lacrymal latent chez un granuleux impose le traitement immédiat de cette complication. On court le risque, en effet, de perdre tout le bénéfice du traitement de la conjonctivite, si on néglige celui de l'état lacrymal. Le point principal de ce traitement consiste dans le cathétérisme des voies lacrymales. On l'effectue, selon la technique habituelle, au moyen de sondes numéro 1 ou 2.

« En résumé, et nous citons textuellement notre maître, les états lacrymaux latents sont assez fréquents dans les ophtalmies granuleuses et paraissent souvent méconnus. Ils entretiennent et aggravent le trachome. On doit s'en préoccuper toujours, les rechercher et les traiter souvent, car beaucoup de *granuleux chroniques* sont, sans larmoiement appréciable, non pas de simples granuleux, mais des lacrymo-granuleux, et impliquent un traitement correspondant. »

A l'appui, nous rapportons les quatre observations citées par M. Truc dans son travail :

Observation première

Homme, cinquante ans, officier supérieur, en traitement assidu pour ophtalmie granuleuse double depuis plusieurs années, à Lyon, chez M. Gayet. Trachome binoculaire scléroïde, avec poussées kérato-conjonctivales fréquentes. Gêne oculaire persistante au grand air, aux poussières, asthénopie consécutive, etc. *Pas le moindre larmoiement.* A l'examen direct, on constate une notable dépression angulaire interne, le nez est sec, on lui fait un cathé-

térisme lacrymal. Sténose complète. Amélioration presque immédiate et guérison granulaire en quelques semaines. Pas de récidive.

Observation II

Homme, trente-cinq ans, universitaire. Ophtalmie granuleuse ancienne double. Guérison complète à droite et incomplète à gauche, où il persiste du trachome scléroïde. Sténose lacrymale gauche, *sans larmoiement*. Cathétérisme laborieux. Guérison granuleuse rapide et définitive.

Observation III

Homme, quarante ans, menuisier. Ophtalmie granuleuse depuis l'enfance, soignée il y a vingt ans et en bon état relatif, mais avec quelques poussées de kérato-conjonctivite. *Pas de larmoiement*. Cathétérisme révélant un notable rétrécissement canaliculaire et entraînant rapidement une guérison complète.

Observation IV

Jeune fille, 19 ans. Ophtalmie granuleuse ancienne, fongoïde, puis scléroïde. Poussées kérato-conjonctivales fréquentes, avec dacryocystite muqueuse. Traitement granu-

lo-lacrymal amenant une guérison complète à gauche. De ce dernier côté, il persiste des granulations scléroïdes discrètes, avec kératites fréquentes. *Pas de larmoiement.* Sténose lacrymale absolue. Cathétérisme d'abord impossible. Guérison granulaire rapide. Quelques menaces de récidive kératique ont toujours cédé depuis à un simple traitement lacrymal.

CHAPITRE II

DU LARMOIEMENT SIMPLE OU ÉPIPHORA

§ I. — De l'Épiphora consécutive au rétrécissement

Suivant le plan que nous nous sommes tracé au commencement, nous étudierons dans ce chapitre le larmoiement, qui accompagne si souvent, sinon toujours, le trachome. L'épiphora consiste dans l'écoulement accidentel ou permanent d'une quantité plus ou moins marquée de larmes, qui ne suivent plus leur cours normal et se répandent sur les joues. Dans les degrés minimes, cet écoulement reste insignifiant ; c'est parfois un simple excès d'humidité oculaire, l'œil mouillé. Il est même absolument nul dans certains états lacrymaux latents, comme nous pensons l'avoir démontré dans le chapitre précédent. Dans les degrés plus élevés, l'écoulement peut être très abondant ; il est surtout marqué aux périodes de froid, de vent, d'irritations diverses. Le larmoiement est d'origine réflexe et présente une véritable importance comme symptômes de certaines maladies de l'œil.

En somme, l'épiphora peut être le résultat d'une hypersécrétion glandulaire, produite le plus souvent par une

lésion de la conjonctive, de la cornée, des membranes internes de l'œil, etc. Il peut encore être dû à une hypersécrétion causée par l'oblitération des voies lacrymales ou par le renversement des points lacrymaux (ectropion). Dans ce cas, on peut encore invoquer l'inflammation comme cause irritante, car il y a presque toujours une conjonctivite souvent granuleuse.

Cette relations entre l'épiphora et la conjonctivite granuleuse est connue depuis longtemps Déjà, en 1878, M. Abadie lui a consacré quelques articles dans la *Gazette hebdomadaire*. Il dit, en effet, que la muqueuse enflammée irrite la glande ; celle-ci réagit en sécrétant des larmes qui, à leur tour, irritent la muqueuse.

Notre maître, M. le professeur Truc, en 1889, écrivait « que la sténose de voies lacrymales et le trachome se rencontrent souvent dans les mêmes yeux, marchent fréquemment de pair. Certains granuleux, profondément lymphatiques, possèdent, en outre, des voies lacrymales étroites, tortueuses, semées de brides ou même complètement oblitérées en un ou plusieurs points. Réunis, le rétrécissement et le trachome, chez le même sujet, s'entretiennent et s'aggravent réciproquement. Le trachome envahit les voies lacrymales qu'il obstrue, qu'il irrite, qu'il sclérose ; il entretient une irritabilité générale qui augmente la sécrétion lacrymale. Le rétrécissement entraîne le larmoiement et comporte une stagnation lacrymale défavorable au fonctionnement oculaire et à la guérison trachomateuse. La muqueuse conjonctivale, macérée dans le liquide lacrymal, se boursoufle, s'irrite et s'enflamme progressivement. »

Le trachome a ainsi créé le rétrécissement lacrymal, et le rétrécissement entretient le trachome. L'état granulo-lacrymal constitue dès lors un cercle vicieux ; l'ophtalmie

granuleuse accroît la sténose lacrymale et le réflexe sécréteur ; le rétrécissement lacrymal amène une stagnation de larmes, qui exagère l'ophtalmie granuleuse.

Aussi Kuhnt a trouvé chez trente-deux trachomateux, sur 100 malades de sa clientèle privée, des affections de l'appareil lacrymal. Ces cas peuvent se décomposer ainsi : 21 ont eu une dacryocystite muqueuse ou purulente (c'est une complication dont nous parlerons plus longuement dans un des chapitres suivants) ; 11 autres malades ont eu une sténose des canaux naso-lacrymaux. Et qui dit sténose, dit larmoiement ou épiphora.

De 60 malades atteints de conjonctivite granuleuse, soignés à la clinique ophtalmologique de Bonne, 27 ont eu une dacryocystite avec un écoulement séreux, et 11 seulement une sténose de canaux lacrymaux. Personnellement, nous avons fait des recherches dans les observations recueillies dans la clinique ophtalmologique de Montpellier depuis 6 à 8 ans, et nous avons trouvé la sténose toujours manifestée par un larmoiement plus ou moins abondant beaucoup plus fréquemment. Notre proportion est de 75 p. 100 des cas. Nous rapportons queques observations, qui nous ont paru les plus caractéristiques.

Knapp, de New-York, dit avoir souvent observé chez les granuleux des complications du côté des canaux lacrymaux. Cette fréquente affection de l'appareil lacrymal excréteur chez les granuleux s'explique facilement par le fait que ces malades ont souvent une inflammation primitive de la muqueuse nasale. C'est Ziem qui, le premier, a attiré l'attention sur ce fait.

Les recherches de Gerber ont montré que chez 443 granuleux soignés par lui, il a constaté chez 290 la présence d'une affection nasale, ce qui permet de tirer une conclusion nette sur le rapport entre ces deux maladies.

En dehors de la simple sténose des voies lacrymales occasionnée par le trachome de la conjonctivite, il y a des observations sur des cas de trachome développé sur la muqueuse des canalicules lacrymaux eux-mêmes. Ainsi, en 1900, Cirincione, le premier, rapporte quatre observations de trachome des canalicules lacrymaux. Dans un de ces cas, les nodules trachomateux ont été signalés, non seulement dans le canal, mais sur le sac lacrymal.

En 1901, dans un travail sur la « structure et pathologie des voies lacrymales chez l'homme », ce même auteur revient sur la question et dit : « Dans notre pays, où le trachome conjonctival est si fréquent, l'obstruction du canal lacrymal est due principalement à de grosses nodosités du trachome, qui, repoussant la paroi du canalicule au-dessous de la couche épithéliale vers la paroi opposée, obstrue ainsi mécaniquement la lumière du canal. Dans un premier plan, on observe sous l'épithélium un ensemble d'éléments pavimenteux statifiés qui le soulèvent, faisant perdre à la lumière du canal sa forme arrondie. Dans la lumière même, on observe des corpuscules purulents et des cellules épithéliales desquamées. Par suite de l'augmentation du processus, les deux parois tendent à s'accoler, la lumière se transforme en une fente étroite, et dans les saillies on observe la transformation hyaline de l'épithélium. Il est à noter que l'inflammation canaliculaire se limite aux points où existent les nodules trachomateux. Des deux côtés de l'infiltration trachomateuse, la lumière du canal reprend sa forme et sa dimension habituelles.

» Dans le trajet initial du canal, dans la partie qui est presque perpendiculaire au bord palpébral, l'auteur n'a jamais observé de nodules trachomateux, alors qu'au contraire, ils étaient fréquents, plus qu'ailleurs, à l'angle formé entre cette partie et la portion horizontale, où le canal présente normalement une légère dilatation.

» Une seconde cause d'atrésie est due à l'inflammation chronique de la paroi canaliculaire qui finit par produire des granulations dans la lumière du canal et qui l'obstrue. »

Cirincione a pu suivre cette néoformation jusqu'à l'occlusion de la lumière des canalicules. Il croyait avant que ce fait est initial, mais les recherches ultérieures lui ont démontré qu'il s'agit d'une lésion particulière, qui accompagne spécialement le trachome du canalicule. Au début, on observe une saillie conique qui soulève l'épithélium, lequel desquame au point culminant ; quand il se gonfle par l'infiltration péricellulaire dans la portion endocanaliculaire, et qu'il gagne toujours en volume, il prend la forme d'un polype, sessile ou pédiculé. En général, ces saillies polypoïdes sont séparées l'une de l'autre, mais dans quelques cas, elles peuvent confluer. L'infiltration péricellulaire se limite essentiellement à la saillie et apparaît plus intense dans la portion de celle-ci, qui est l'intérieur du canal ; l'épithélium, se desquamant des couches superficielles, vers les couches profondes, se réduit en une couche très mince, qui finit par disparaître quand la saillie polypoïde est considérable.

Observation V

(Résumée *in* thèse de Foxonet, Paris.)

Conjonctivite granuleuse. — Kératite consécutive. — Rétrécissement des voies lacrymales.

Gustave Mor..., âgé de 38 ans, vient, le 1er février, à la consultation du docteur Abadie. Il se plaint d'avoir les yeux collés le matin et de voir moins de l'œil droit depuis

quelque temps. Photophobie considérable. Larmoiement très abondant. Sur la cornée droite, on trouve des lésions occupant la moitié supérieure. En ces points, la cornée est dépolie et présente quelques petites ulcérations. Le malade a été soumis au traitement médical (par l'acétate de plomb, pendant 12 jours), sans succès aucun. Un nouvel examen fait constater que l'œil droit est injecté ; la photophobie est extrême, le bord des paupières est très rouge, les lésions cornéennes exactement semblables à celles du premier jour ; il y a, en outre, un larmoiement considérable. L'état de la conjonctive n'est pas très mauvais. Peu de granulations. La cornée est trouble, à surface dépolie, et ses ulcérations ne s'améliorent pas. L'examen, attentif, a, en outre, décelé un rétrécissement considérable des voies lacrymales. On dilate ces voies lacrymales ; l'écoulement des larmes diminue, et le 25 février, on constate une amélioration rapide des lésions.

Observation VI

relevée sur les registres de la clinique ophtalmologique de Montpellier. (Service de M. le Professeur Truc.)

Françoise, 40 ans, ménagère.

Entre à la clinique ophtalmologique de Montpellier le 16 janvier 1908, pour douleurs, larmoiement continuel. Photophobie ODG, surtout OD.

Début, il y a trois semaines, à OD : démangeaisons, cuisson, puis larmoiement abondant. Huit jours après, idem à OG. Douleurs périorbitaires.

Antécédents héréditaires : Mère granuleuse.

Antécédents personnels : Ophtalmie granuleuse depuis 20 ans. Bonne vue antérieure ODG.

Etat actuel : Herpès labial.

ODG : paupières rouges, œdématiées, couvertes de sécrétion et de croûtes. Ankyloblepharon et symblepharon. Granulations anciennes. Conjonctive injectée et cercle périkératique.

O. D. : gros leucome central ; leucome périphérique en bas.

O. G. : infiltration de la cornée en haut et en dehors.

17 janvier. — Cathétérisme O. D., par conduit lacrymal supérieur. Cathétérisme O. G. impossible, par suite de la disposition des points lacrymaux.

24 janvier. — Cathétérisme à O. G. par conduit lacrymal inférieur ; le point lacrymal se trouvait au niveau même de la nouvelle commissure palpébrale interne.

1er *février*. — Cautérisation au rouge de l'abcès de la cornée O. G.

20 février. — Sort : larmoiement O. D. a cessé. Cornée O. G. est à peu près guérie.

Observation VII

Idem résumée

Domenica, 45 ans, casseuse de pierres. Entre à la clinique de Montpellier, le 22 avril 1909, pour rougeur des paupières et sensation de gravier.

Début, il y a six mois. N'a jamais été malade auparavant.

Etat actuel .— Paupières tombantes. Conjonctives pal-

pébrales rouges, hyperhémiées. Larmoiement abondant, écoulement muco-purulent par les points lacrymaux, quand on presse sur le sac des deux côtés.

O. D. G. — Paupières supérieures présentent de nombreuses granulations. Sur les paupières inférieures, on en voit aussi quelques-unes, surtout vers l'angle interne. La cornée est dépolie avec pannus abondant, surtout à gauche. De nombreux vaisseaux la sillonnent, surtout en dehors.

L'iris O. G. D, est normal, pupille régulière réagit bien à la lumière. Photophobie.

Observation VIII

(*Idem* résumée.)

C... Baptistin, 21 ans, boulanger. Entre le 6 avril 1908 à la clinique ophtalmologique de Montpellier pour granulation O. G. D.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 9 ans. Vers huit ans, granulation O. D. G., larmoiement abondant, photophobie. Ulcère à O. D. Leucome et iridectomie O. D. Guérison à peu près complète.

En 1906, nouvelle poussée, et depuis, le malade se plaint du larmoiement, photophobie légère et de pesanteur des paupières. Vue faible O. G. D, plus faible à O. D.

Etat actuel. — O. D. G. : paupières supérieures rouges, épaisses et tombantes. Larmoiement abondant. Granulations volumineuses sous la paupière supérieure ; conjonctive très vascularisée. Cercle périkératique léger. Quelques vaisseaux aboutissant à la cornée dans sa partie su-

périeure: O. D. : leucome simple, iridectomie en bas et en dedans. Cathétérisme O. D. G.

Sort le 12 mai, très amélioré.

Observation IX

(*Idem* résumée.)

Ricard, 46 ans, charretier. Entré, le 18 avril 1908, à la clinique ophtalmologique de Montpellier, pour ulcère de la cornée.

Antécédents personnels. — Vers 8 ans, granulations O. D. G. Photophobie. Epiphora. Sensation de gravier. Trichiasis. Il y a vingt ans, entropion opéré. La vue continuait à être à peu près normale. Depuis l'âge de 30 ans, la vue baisse. Nouvelle poussée. Il y a quatre ans, le malade entre à la clinique et subit un traitement antitrachomateux et des pansements lacrymaux. Le malade sortit à peu près guéri. Il y a un mois, nouvelle reprise des symptômes. Lourdeur des paupières. Sensation de gravier. Au réveil, dépôt épais dans l'angle interne de l'œil. Photophobie.

Examen : O. D. G. paupières rouges, épaisses. Larmoiement abondant. Hyperhémie conjonctivale. Leucomes diffus. Pannus. Granulations cicatricielles. Cathétérisme O. D. G.

Observation X

(*Idem* résumée.)

Gras....., 27 ans, lingère. Entre le 7 avril 1908, pour granulations O. D. G. Début à l'âge de 7 ans : pesanteur des

paupières, larmoiement, photophobie. Guérison et récidives tous les 5 ou 6 ans. Actuellement, la malade souffre depuis décembre 1906 : photophobie, larmoiement abondant O. D. G.

Antécédents héréditaires. — Ses cinq frères et sœurs granuleux.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans, vue faible O. D. G.

Etat actuel: O. D. G.: granulations abondantes au niveau de la paupière supérieure. Rougeur conjonctivale. Cercle périkératique plus marqué à O. G. Pannus léger au niveau de la partie supérieure de la cornée.

Cathétérisme O. D. G. à plusieurs reprises.

Sort le 6 juillet à peu près guérie.

§ II. De l'épiphora consécutif a l'hypersécrétion

Il résulte de l'examen des observations, qui précèdent, que le trachome, par sa localisation sur l'appareil excréteur des larmes, entraîne une sténose plus ou moins serrée.

Le trachome, quelquefois, a pour conséquence non seulement une sténose de conduits lacrymaux excréteurs, mais, également une hypersécrétion très forte de l'organe sécréteur. Ces deux complications combinées amènent du larmoiement incoercible, qui ne cède que par le simple cathétérisme ; il est, dans ces cas, nécessaire de recourir à des moyens beaucoup plus actifs, comme l'ablation totale de la glande lacrymale elle-même. Ce n'est qu'à ce prix seulement, qu'on voit alors l'amélioration des granulations et du larmoiement se produire et se prolonger jusqu'à complète guérison.

Nous rapportons quelques observations publiées par notre maître, M. le professeur Truc, et un cas de M. Abadie, où un traitement énergique a seul pu enrayer les accidents.

Observation XI

Résumée, publiée par M. Truc dans les archives ophtalmologiques.

M... Antoine, 51 ans, entre le 12 juin 1889. Granulations état lacrymal, ectropion ancien. Après un traitement énergique, le larmoiement persiste et paraît empêcher une amélioration durable. Ablation de la glande orbitaire droite, ce qui entraîne la suppression du larmoiement correspondant. Après quelque temps, ablation de la glande palpébrale gauche, avec canthoplastie préalable, et amélioration très grande du larmoiement et des granulations de ce côté.

Observation XII

Du même auteur. — Résumée.

G... Pierre, 47 ans, cultivateur, entre le 22 novembre 1892. Lymphatisme. Bonne santé générale. Granulations anciennes, larmoiement habituel, orgelet. Traitements antérieurs variés. Il existe actuellement de l'ophtalmie granuleuse avec blépharite, gonflement conjonctival, ulcères des deux cornées. Dacryocystite muqueuse bilatérale et rétrécissement lacrymal marqué. Traitement des granulations par scarifications, le raclage et l'expression de la blépharite, par tampons chauds et précipité jaune ; des voies lacrymales, par le cathétérisme et les irrigations au sublimé.

Amélioration insuffisante. Le larmoiement persistant et paraissant entretenir l'état ophtalmologique, on pratique l'ablation de la glande orbitaire gauche et palpébrale droite. Suppression immédiate du larmoiement des deux côtés. A gauche, le quatrième jour post opératoire, un coup rouvre la plaie orbitaire déjà cicatrisée et produit pendant quelques jours un peu de suppuration superficielle. Le malade sort prématurément, guéri de son larmoiement, mais encore peu amélioré au point de vue granuleux.

Observation XIII

Du même auteur. — Résumée.

Ophtalmie granuleuse ancienne ; entropion ; oblitération des voies lacrymales ; ablation de la glande lacrymale orbitaire ; guérison du larmoiement ; amélioration des granulations.

G... Amélie, 29 ans, ménagère. Lymphatisme très marqué ; surdité notable ; ophtalmies multiples dans son enfance. Les granulations conjonctivales existent des deux côtés depuis plusieurs années. Il y a deux ans, il survint à gauche une vive inflammation des conjonctives et des voies lacrymales ; il apparut même une dacryocystite suppurée qui fut suivie d'obstruction complète du sac lacrymal et du canal nasal. A l'examen direct, les paupières sont très gonflées de deux côtés ; les conjonctives sont infiltrées et farcies de granulations, les cornées sont pannneuses et il existe un larmoiement continuel. A gauche, on note, en outre, des brides cicatricielles à l'angle interne et un entropion très considérable de la paupière supérieure. La vision, de ce côté, est à peine quantitative.

Nous pratiquons aussitôt le cathétérisme à droite et des voies lacrymales nouvelles à gauche. Nous opérons l'entropion par le procédé de Gayet, nous scarifions les conjonctives, enfin nous mettons en œuvre tout ce que nous croyons utile pour modifier l'état lymphatique et granuleux de la malade, traitement général, compresses chaudes, etc. La situation oculaire s'améliore rapidement à droite, mais faiblement à gauche. De ce côté, en effet, les voies lacrymales se sont oblitérées de nouveau. Le larmoiement est persistant et l'ophtalmie tenace.

Le 19 décembre. — Nous pratiquons l'ablation de la glande lacrymale orbitaire gauche. Guérison opératoire en quelques jours. Le larmoiement a totalement disparu.

Le 10 mai. — La malade revue est en bon état. La cornée est presque transparente, les conjonctives ont l'aspect cicatriciel du trachome à peu près guéri.

Observation XIV

(Résumée.)

Abadie (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*).

Mlle A. Jeanney, 14 ans, se présente à la clinique le 11 janvier 1876. Elle a mal à l'œil droit depuis 6 à 7 ans. Elle a été soignée constamment, mais l'amélioration n'a jamais été que passagère. Depuis quelque temps, une aggravation manifeste s'est produite. La paupière, du côté droit, est renversée au dehors ; l'œil est baigné de larmes qui, à chaque instant, débordent la paupière et tombent sur la joue atteinte d'eczéma chronique, à cause du renversement de la paupière. Un examen plus attentif révèle

l'existence d'une conjonctivite granuleuse avec pannus, marqué surtout dans le tiers supérieur. La vision de ce côté est très mauvaise ; la malade ne peut compter les doigts de la main qu'à une petite distance, l'œil gauche est sain. La jeune fille avait été cathétérisée à plusieurs reprises ; le canalicule inférieur était incisé dans toute son étendue. M. Abadie essaya le cathétérisme combiné avec les cautérisations au sous-acétate de plomb liquide mélangé à parties égales avec de l'eau distillée.

Au bout de trois mois de ce traitement, la situation n'avait pas changé. Frappé de l'abondance du larmoiement, qui n'était pas sous les dépendances d'un rétrécissement, puisque les plus grosses sondes passaient sans difficulté, M. Abadie pensa à une hypersécrétion de la glande lacrymale et résolut d'en pratiquer l'ablation. L'opération et les suites furent des plus simples. Au bout de trois jours, l'épiphora avait disparu, l'ectropion était moins prononcé. On reprit les cautérisations avec le sous-acétate de plomb, et quinze jours après la conjonctive était mince, lisse, blanchâtre ; il n'y avait plus de sécrétion. Au bout d'un an, le pannus avait complètement disparu, la cornée devenue transparente et la vision de l'œil droit égale à celle de l'œil gauche. La guérison ne s'est pas démentie.

Observation XV.

Publiée dans la *Revue Générale d'Ophtalmologie*, 30 juin 1908, par MM. Truc et Perez.

Mlle M. G..., 32 ans, gantière, rentre à la clinique ophtalmologique de Montpellier en août 1907, pour larmoiement incoercible de l'œil gauche. Elle y a été déjà soignée

à deux reprises pour ophtalmie granuleuse et a subi antérieurement à Millau divers traitements.

Antécédents héréditaires. — Mère granuleuse.

Antécédents personnels. — Rougeole au premier âge.

Depuis sept ans, paralysie faciale gauche avec hypéresthésie, consécutive à une otite suppurée chronique du même côté. C'est à cette date que la malade fait remonter le début de son larmoiement. Etat général peu satisfaisant : anémie, lymphatisme très marqué. En outre, neurasthénie avec céphalée en casque, gastralgie, dyspnée et palpitations cardiaques sans lésions valvulaires. La malade est nerveuse, très impressionnable.

A l'examen direct, on constate les troubles suivants : O. D. paupière supérieure entropionné, avec trichiasis. Sur toute l'étendue du tarse et dans le cul-de-sac supérieur, on voit un semis de granulations lymphoïdes, symblépharon à la paupière inférieure et du côté externe de la paupière supérieure. Pannus marqué recouvrant la moitié de la cornée. Points lacrymaux, en position normale ; voies lacrymales considérablement rétrécies. O. G. Paupières et granulations dans le même état qu'à l'œil droit, sauf que le symblépharon est ici plus marqué du côté interne de la paupière supérieure. Pannus et nombreux leucomes diffus de la cornée. Le point lacrymal est ectropionné, voies lacrymales absolument oblitérées. Epiphora continu. L'œil droit, cathétérisé, s'est notablement amélioré. L'œil gauche reste, malgré tous les traitements, dans un mauvais état. Le larmoiement, en raison de l'occlusion des voies lacrymales, paraît incoercible et entretient l'irritation. Dans ces conditions, on a pratiqué l'ablation totale de la glande orbitaire. Guérison locale en quelques jours. Le larmoiement a complètement disparu six mois après l'o-

pération, l'état granuleux est amélioré. Le pannus et l'épiphora ont disparu.

Observation XVI

(Publiée par M. Truc en 1889 dans les Archives d'ophtalmologie. — Résumée)

Ophtalmologie granuleuse ancienne ; larmoiement incoercible ; oblitération des voies lacrymales ; création de voies artificielles ; extirpation des glandes orbitaires ; guérison du larmoiement ; amèlioration des granulations.

C... Ernest, 24 ans, cuisinier. Santé généralement bonne ; léger lymphatisme. Depuis plus de dix ans, il est affecté de granulations conjonctivales, qui ont entraîné, outre des poussées inflammatoires fréquentes, du pannus, un léger entropion et surtout un rétrécissement notable des voies lacrymales avec larmoiement incessant. A diverses reprises, depuis cinq ou six ans, il a été soigné pour ses granulations et son épiphora. Plusieurs chirurgiens ont pratiqué le cathétérisme, des cautérisations, etc. ; tous les traitements ont été insuffisants pour amener une guérison complète.

Quand le malade se présente à la clinique ophtalmologique, le 11 février 1888, il est dans l'état suivant : paupières en entropion léger, conjonctives rouges, farcies de granulations, œdémateuses et très congestionnées ; cornées panneuses, voies lacrymales absolument oblitérées, larmoiement considérable et continu. Le larmoiement n'étant pas modifié par le cathétérisme et la création de voies lacrymales nouvelles paraissant au contraire entretenir l'ophtalmie granuleuse, on lui fait l'ablation de la glande lacrymale droite. Guérison locale en quelques jours. Le larmoiement cesse immédiatement et, en peu de

temps, l'ophtalmie granuleuse s'améliore notablement. Quelques semaines plus tard, ablation de la glande lacrymale gauche. Guérison opératoire en peu de jours. Suppression totale du larmoiement et amélioration rapide de l'ophtalmie granuleuse.

Sept mois après l'opération, on revoit le malade. Le larmoiement a totalement disparu ; l'ophtalmie granuleuse, très améliorée, est presque guérie.

Observation XVII

(Du même auteur)

Ophtalmie granuleuse ancienne ; entropion ; oblitération des voies lacrymales ; ablation de la glande lacrymale orbitaire ; guérison du larmoiement et amélioration des granulations.

CHAPITRE III

DE LA DACRYOCYSTITE DANS LE TRACHOME

La dacryocystite ou l'inflammation du sac et du canal lacrymal est une complication excessivement fréquente dans le trachome. Au point de vue étiologique, la dacryocystite résulte surtout d'un rétrécissement des voies lacrymales ou d'une inflammation de ces mêmes voies, quand elle ne se produit pas par simple prédisposition congénitale. La prédisposition s'observe particulièrement chez les femmes, les enfants, les sujets à nez large, aplati à la racine ou, au contraire, à nez trop effilé, à visage asymétrique. (Truc et Valude.)

Toutes ces trois causes peuvent être combinées chez les granuleux, mais les deux premières sont extrêmement fréquentes. Comme nous l'avons démontré dans le chapitre III, la sténose, ainsi que l'inflammation des voies lacrymales, sont des complications habituelles du trachome. L'inflammation entraîne le rétrécissement et le rétrécissement entretient l'inflammation.

Supposons, par exemple, un rétrécissement par suite de la tuméfaction de la muqueuse lacrymale, qui diminue la lumière du canalicule. Dans ce cas, les larmes ne s'écou-

lent plus en totalité dans le nez. Mais, sous l'influence du clignotement, une nouvelle quantité de larmes pénètrent dans le sac lacrymal, celui-ci se remplit et se distend de plus en plus. Le liquide lacrymal accumulé dans le sac se décompose promptement. En effet, les larmes, en passant sur la surface du globe oculaire, entraînent des germes pathogènes qui, à l'intérieur du sac, grâce à la température et au liquide stagnant qu'ils y trouvent, se développent rapidement. Le liquide décomposé irrite la muqueuse du sac lacrymal. Celle-ci s'enflamme et produit une sécrétion qui peut être muqueuse ; on a alors la dacryocystite catarrhale ; lorsqu'elle est purulente, on a affaire à une dacryocystite suppurée.

Mais, à son premier degré, la dacryocystite ne se manifeste que par un larmoiement assez peu accentué et intermittent, l'œil est plutôt humide, mais cette humidité constante devient un larmoiement véritable, dès que le malade s'expose à un froid assez intense.

Dans la dacryocystite muqueuse ou catarrhale, il existe généralement du larmoiement plus ou moins marqué avec une saillie de la peau dans la région du sac lacrymal. Cette saillie, recouverte par la peau, est habituellement de couleur normale, est arrondie, rénittente et constituée par le sac rempli de mucus. La pression à ce niveau fait sourdre du mucus par les points lacrymaux. Quelquefois, la pression ne laisse rien apparaître à l'extérieur, parce que le mucus passe par le canal nasal dans les fosses nasales.

La dacryocystite suppurée peut être spontanée ou consécutive au larmoiement et à la dacryocystite catarrhale. Au point de vue des symptômes, ici encore, il existe un peu de gonflement et de larmoiement comme dans le cas précédent ; mais l'écoulement n'est plus muqueux, il est

nettement purulent, d'une couleur jaunâtre ou plutôt blanchâtre et mélangé ou non à du mucus filant. Toutes les deux formes se rencontrent dans le trachome. Râhlmann, par exemple, signale tout spécialement la fréquence de la dacryocystite aiguë, qu'il met en rapport avec la grande facilité d'infection du tissu sous-muqueux par l'ulcération des nodules trachomateux.

Nous avons rapporté dans les chapitres précédents la statistique de Kühnt qui, chez 32 trachomateux, observa 21 fois la dacryocystite, ainsi que la statistique de Bonne où, sur 60 granuleux, il y avait 27 dacryocystites.

En dehors de cela, la conjonctivite granuleuse peut, d'après certains exemples que l'on possède, s'étendre, envahir le sac ; celui-ci s'enflamme, devient granuleux. Cette forme a été observée par Weber en 1861 chez un enfant de 10 ans, qui avait en même temps des granulations sur la conjonctive palpébrale. Tout récemment, le docteur Basso (Gênes) a publié un travail très intéressant sur la pathogénie des voies lacrymales. Il rapporte 32 observations sur lesquelles, dans 20 cas, il s'agissait du trachome des conjonctives palpébrales ayant envahi le sac lacrymal et provoquant naturellement une dacryocystite. Müller dit avoir trouvé dans les sacs lacrymaux des sujets granuleux des altérations caractéristiques du processus trachomateux.

Mais aussi il existe des cas de trachome primitif des voies lacrymales. C'est encore Basso qui publie 3 observations de ce genre où la conjonctive était absolument intacte. Il assure que cette affection doit être plus fréquente que ce qu'on le croit : « que beaucoup d'affections des voies lacrymales, considérées comme de simples inflammations catarrhales doivent être envisagées comme trachomateuses ». Avant lui, le trachome primitif des

voies lacrymales a été signalé par de Vincentiis, Cirincione, Kalt et Kunt ; dans tous ces cas la conjonctive palpébrale était saine.

Nous terminerons ce chapitre en rapportant plusieurs observations de dacryocystite concomitante avec la conjonctivite granuleuse ou consécutive à elle, ainsi que des cas de trachome primitif des voies lacrymales.

Observation XVIII

Observation recueillie à la clinique ophtalmologique de Montpellier, prise par Margarot).

Conjonctivite granuleuse ODG. ; Dacryocystite muqueuse ; Blépharite.

Cammarado Antoine, âgé de 6 ans, entre le 5 juillet 1906, pour douleurs oculaires.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. N'a jamais souffert des yeux. Depuis environ un mois, douleurs oculaires, photophobie, larmoiement, paupières collées au réveil.

A l'examen direct : paupières tuméfiées. Ecoulement muqueux. Conjonctives rouges. Granulations dans le cul-de-sac supérieur.

Le 7 août, le malade sort guéri.

Observation XIX

(Observation prise aussi par M. Margarot à la clinique).

Blepharo-conjonctivite granuleuse OG. ; Dacryocystite muqueuse OD G.

Pignemalle Marguerite, âgée de 18 ans, entrée le 6 juillet 1906, pour diminution de la vue du côté gauche avec douleur O. D. G.

Antécédents héréditaires. — Aucune affection des yeux dans la famille.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Jamais malade des yeux.

Début, il y a six mois, par douleurs O. G. ; la vue a depuis diminué progressivement de ce côté. Larmoiement. Paupières enflées, collées au réveil. Céphalalgie. Il y a 15 jours, la malade a commencé à souffrir de l'œil droit. Etat actuel : douleurs persistantes, marquées surtout au niveau de la racine du nez.

A l'examen : O. D. : paupières tuméfiées, cils agglutinés. Conjonctive vascularisée. Nombreuses granulations au niveau des culs-de-sac. Phlycténule au niveau du pôle supérieur du limbe scléro-cornéen. Ecoulement muqueux.

12 juillet. — Sort malgré avis contraire. Amélioration légère.

Observation XX

(Observation prise au même endroit)

Conjonctivite granuleuse ; Reratomalacie O. D, G. ; Docryocystite purulente O. G.

Prieur Clémence, âgée de 16 ans, entre le 18 septembre 1906; c'est son septième ou huitième séjour à l'hôpital. La première fois, à l'âge de 5 ans. Dans tous les cas pour trachome.

Actuellement : O. D., granulations sur les paupières supérieures à forme lymphoïde. Pannus surtout moitié supérieure ; léger staphylome cornéen. Chambre antérieure profonde. Iritis léger.

O. G. : granulations guéries ; léger pannus sur le tiers supérieur de la cornée ; pupille dilatée. Dacryocystite purulente. Le 25 novembre, la malade sort améliorée.

Observation XXI

Conjonctivite O. D. ; Dacryocystite muqueuse O. D. G.

Raoul Capel, âgé de 58 ans, entre, le 21 décembre 1906, pour inflammation O. D. G. A été en traitement dans le service, il y cinq ans, pour granulation.

Etat actuel : O. D. G., larmoiement, écoulement muqueux par points lacrymaux. O. D., conjonctives rouges.

Nombreuses granulations dans le cul-de-sac conjonctival supérieur. O. G., conjonctives rouges, pas de granulations.

Sort le 6 janvier 1907.

Observation XXII

(Recueillie à la clinique de Montpellier, prise par Collin).

Marlin Marie, âgée de 31 ans, ménagère, entre le 24 octobre 1903 à la clinique de Montpellier, pour rougeur et inflammation de l'œil droit.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels généraux. — Nuls.

Antécédents personnels optiques. — Depuis l'âge de 8 ans, l'œil droit est le siège d'une inflammation. La malade a déjà fait quatre séjours antérieurs à la clinique pour cette affection.

Etat actuel : O. G., normal. O. D., rougeur et léger œdème palpébral. Blépharite. Larmoiement intense. La pression sur le sac lacrymal fait sourdre du muco-pus.

Les point lacrymaux ont été incisés antérieurement. A l'examen des conjonctives, on trouve :

1° Du côté de la conjonctive palpébrale, de la rougeur, des traces de cicatrices et quelques granulations et surtout des zones ulcérées.

2° Du côté de la conjonctive bulbaire, en haut et en de-

hors, prolifération conjonctive empiétant légèrement sur la cornée.

Chambre antérieure à iris normal.

Traitement : protargol, cathétérisme.

Sort très améliorée.

Quatre observations tirées du travail du Dr Basso sur le trachome dans la pathologie des voies lacrymales, publiées dans les « Annali di Ottalmologia », 1906.

Observation XXIII

Enfant de 8 ans. Dacryocystite droite avec sécrétion purulente abondante ; sac légèrement ectasié ; canalicules intactes. La maladie remonte à quelques années.

Conjonctivite granuleuse droite. Les granulations sont surtout localisées sur la conjonctive tarsale supérieure ; elles sont petites et disséminées.

A gauche, rien sur la conjonctive ni sur le sac.

Rhinoscopie. — Rhinite simple.

Examen macroscopique. — Longueur du canal lacrymal enlevé, 18 millimètres, consistance dure ; oblitération de l'extrémité nasale.

Examen microscopique. — Dans le sac, les lésions sont limitées à la muqueuse qui est infiltrée et présente des soulèvements papillaires qui atteignent leur plus grande dimension au niveau du sommet. Les granulations siègent surtout sur la paroi postéro-interne.

Au niveau du canalicule inférieur, la muqueuse est hyperplasiée, mais on ne voit pas de trace de follicule.

Sur le canal nasal, l'infiltration de la muqueuse augmente ; l'épithélium manque par places ; les granulations sont plus petites et en proie à un processus de dégénérescence avancée, et ramollies avec formation de lacunes dans leur intérieur.

L'hyperplasie conjonctive tend à envahir la lumière du canal et finit par l'obstruer au niveau de l'extrémité nasale.

Observation XXIV

Femme de 40 ans. Dacryocystite chronique purulente ; sac induré et ectasié ; conjonctivite granuleuse ; rhinite chronique hypertrophique.

Traitement antérieur par le cathétérisme.

Le canal lacrymal extirpé a une longueur de 17 millimètres ; le sac est épaissi et a grandi ; le canal a ses parois durcies et sa lumière complètement oblitérée.

A l'examen microscopique, la muqueuse apparaît infiltrée d'une façon diffuse et envahie par une riche néoformation vasculaire avec de gros soulèvements papillaires et farcie de follicules en voie de régression. A la place du ramollissement observé dans le cas précédent, on note ici une dégénérescence sans nécrobiose : le follicule en voie de régression perd la délimitation nette de son tissu hyperplasique de la zone d'infiltration inflammatoire circumvoisin.

L'épithélium conservé sur certains points, sous forme de revêtement cylindrique, est détruit sur d'autres endroits jusqu'à la membrane basale. Ailleurs, le processus

de néoformation conjonctive arrive jusqu'à obstruer la cavité du canal lacrymal.

La sous-muqueuse participe à ce processus d'inflammation chronique, les tissus sont condensés et infiltrés ; on signale également une oblitération progressive des vaisseaux.

Observation XXV

Femme de 28 ans. Dacryocystite chronique bilatérale avec sécrétion purulente des canalicules.

Conjonctive saine.

Rhinite chronique hypertrophique ; pharyngite granuleuse. Le canal lacrymal gauche enlevé mesure 18 millimètres, le diamètre maximum étant de 9 millimètres ; il a la forme d'une bouteille à col très allongé, de consistance très dure.

L'examen de la pièce montre que la lumière est circulaire avec un diamètre maximum de 1 millimètre, la paroi représentant les 4/5 du diamètre. La paroi apparaît constituée par un tissu conjonctif dense qui sans aucun soulèvement resserre extraordinairement la lumière. L'épithélium conservé par place, a un aspect épithélioïdal ; les cellules de strates profonds sont donc cylindriques : celles des couches superficielles sont aplaties et enfin, plus superficiellement, se trouve une couche de cellules cornées et fusiformes ; on ne voit pas de kératinisation ; on observe des cryptes et des diverticules qui s'enfoncent dans la paroi. Au milieu du tissu hyperplasié très riche en vaisseaux, on voit de nombreux nodules de dimensions variables, à forme ovoïde, à grand axe horizontal.

Ces nodules n'ont pas de contours nets, leur zone périphérique se perdant dans l'infiltration inflammatoire ambiante. Ils sont au stade de follicules adultes.

Dans le canal, les lésions sont encore plus graves. Les follicules dont on ne distingue plus nettement les deux zones, ni les figures cariocynétiques, sont représentés par des cellules épithéliales pâles, mal colorées, et par des éléments informes à coloration diffuse, qui sont des lymphocytes nécrosés. Au milieu de sa longueur, la lumière du canal est subdivisée en deux parties, et, fait intéressant à noter, le canal secondaire ainsi formé est tapissé d'épithélium cylindrique, alors que le canal principal présente un revêtement épithélial pavimenteux stratifié.

Observation XXVI

Traitement primitif des voies lacrymales.

Homme de 28 ans. Dacryocystite chronique purulente à gauche. Légère ectasie du sac. La maladie date de neuf ans. Conjonctivite catarrhale de la paupière inférieure. Rhinite chronique avec tuméfaction du cornet inférieur du même côté.

Extirpation du canal lacrymal : longueur, 20 mm. ; la lumière est libre et permet le passage d'une sonde n° 3 ; les parois sont épaisses.

Après l'opération, disparition de la conjonctivite et de la rhinite.

Examen microscopique : infiltration cellulaire, péri-vasculaire intense de la tunique fibreuse du sac ; la muqueuse

est très infiltrée ; développement de nombreux follicules dans la muqueuse avec conservation presque intacte de l'épithélium susjacent. On voit des follicules rudimentaires et petits à côté d'autres macroscopiques et visibles à l'œil nu. Ces derniers arrivent jusqu'à la surface, et à leur niveau le revêtement épithélial est constitué par une ou deux rangées de cellules qui prennent mal la coloration.

La muqueuse du sac où les follicules sont les plus nombreux est très hyperplasiée ; la membrane basale est bien conservée et l'épithélium peu altéré.

Dans le canal, les follicules sont moins nombreux et en voie de dégénérescence, soit par ramollissement, soit par nécrobiose. Les uns sont réduits à de simples éléments isolés, soit des cellules épithéliales en voie d'effacement, ou des lymphocytes gonflés et colorés ; les autres sont en voie de régression sans nécrose cellulaire. La muqueuse du canal est transformée en tissu conjonctif ; la membrane basale est détruite et l'épithélium manque.

Observation XXVII

(Personnelle)

Prise à la consultation à la clinique de Montpellier, le 5 juin 1909.

Ournac Ap..., âgée de 44 ans, ménagère, vient à la consultation pour inflammation et rougeur intense de O. D.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels généraux. — Très nerveuse, céphalées fréquentes.

Antécédents personnels oculaires. — Début à l'âge de

dix ans. Rougeur des deux paupières, photophobie, larmoiement abondant, sensation de gravier. La malade, traitée pour des granulations par M. le docteur Truc, a subi des traitements nombreux : scarification, cathétérisme ; traitement médical par le sulfate de cuivre. Depuis cette époque, la malade n'a plus souffert de son œil gauche. Sur l'œil droit, des poussées aiguës se sont répétées de deux en deux ans. Il y a cinq à six ans, elle a été en traitement à la clinique. Elle avait en ce moment du trichiasis de l'œil droit, traité par le procédé en vanne, et une dacryocystite purulente.

A l'examen direct, les paupières O. D. très tuméfiées, rouges, légèrement abaissées. Photophobie, larmoiement. Trichiasis. Léger pannus sur la partie supéro-externe de la cornée droite. Blépharite très marquée. Les paupières renversées, on voit des cicatrices anciennes des granulations guéries. Mais la conjonctive très vascularisée. On voit sur les points lacrymaux des traces d'incisions anciennes.

Observation XXVIII

(Personnelle)

Prise à la consultation à l'Hôspital-Clinica à Barcelone, en octobre 1908.

Trachome avec dacryocystite phlegmoneuse.

Mme X... vient à la consultation pour une tuméfaction occupant l'angle interne O. D.

Antécédents héréditaires. — Mère granuleuse, 2 sœurs granuleuses.

Antécédents personnels généraux. — Bonne santé habituelle.

Antécédents personnels oculaires. — A toujours souffert des yeux, surtout de l'œil droit, granulations anciennes dans les deux yeux. Maladie actuelle : début, il y a trois semaines par gonflement occupant la racine du nez ; peu de douleurs. A l'examen direct : tuméfaction énorme occupe le côté droit de la racine du nez dans l'angle interne de l'œil et tend à envahir les paupières. Cette tuméfaction présente une teinte violacée avec en un point une partie blanche circulaire. Fluctuation. A l'œil gauche, la pression du sac lacrymal détermine l'issue d'un liquide muco-purulent. Les paupières supérieures renversées, on voit de nombreuses granulations dans le cul-de-sac et sur la conjonctive du tarse.

Observation XXIX

(Résumée)

(Observation publiée dans les annales d'oculistique par M. Truc sur l'ophtalmie granuleuse avec trichiasis ; dacryocystite purulente ; atrophie du globe gauche.)

K... François, 70 ans, agronome, de Lemberg (Pologne), entre le 30 septembre 1907, à la clinique pour diminution progressive de la vue à droite. C'est un homme grand, fort. Bonne santé générale. Vision depuis longtemps défectueuse. Il aurait été soigné dans son pays depuis de longues années. A l'examen local : son œil gauche a été perdu depuis trente ans ; il est actuellement atrophié. Ophtalmie granuleuse avec entropion et trichiasis. Dacryocystite purulente. L'œil droit présente aussi de l'ophtalmie granuleuse avec entropion et trichiasis supérieur interne. Dacryocystite purulente.

CHAPITRE IV

DE LA DACRYOADÉNITE DANS LE TRACHOME

Nous voulons consacrer ce chapitre à la dacryoadénite survenant au cours du trachome et comme conséquence de cette maladie.

L'étude de la dacryoadénite ou inflammation des glandes lacrymales, comme l'étude de la pathologie de la glande lacrymale en général, n'a été faite d'une façon complète et précise que pendant ces trente dernières années. Avant cette époque, des cliniciens pourtant très expérimentés comme Arlt, n'avaient fait que des observations peu précises sur la dacryoadénite aiguë. William Lawrence assure que parmi plus de 40.000 malades observés à la clinique de Moorfield, on n'a pas trouvé un seul cas d'affection de la glande lacrymale. Mais après la publication du travail de Gayat, en 1874, sur la dacryoadénite aiguë, toute une série d'auteurs se sont occupés de la question. Ce sont les travaux de Ayres, Galesowsky, Armaignac, Hirschberg, Scheffels, Linder, Scrosso, Antonelli, Pignatari, Adler et de beaucoup d'autres qui ont suffisamment éclairé la question de façon à nous fixer suffisamment, non seulement sur l'étiologie de cette affection, mais aussi sur les changements histologiques qui se

produisent dans cette glande pendant le processus infectieux (Scrosso).

La forme chronique, qui était un peu mieux connue des anciens, est à présent également un chapitre étudié à fond, grâce aux recherches de Chalon, Sichel et Variot, Bull, de Vicentiis, Streatfield, Abini, Alexander. Ces auteurs ont très bien montré les relations entre la dacryoadénite chronique et les maladies infectieuses générales, telles que la rougeole, l'influenza, la leucémie, la syphilis et les infections locales comme les oreillons et le trachome.

En somme, les lésions glandulaires primitives sont exceptionnelles. La dacryoadénite représente l'infiltration lymphoïde habituelle, avec altérations périacineuses et vasculaires. Elle peut être aiguë ou chronique, simple ou double. On trouve alors soit d'un côté, soit des deux, vers la région supéro-externe de l'orbite, s'accompagnant de douleurs et d'œdème de la paupière, un gonflement notable, dur, et une saillie correspondante de la conjonctive. Par le toucher, on peut reconnaître directement la glande lacrymale. La suppuration est possible, mais exceptionnelle. Quand la dacryoadénite est *unilatérale,* elle est due ordinairement à une conjonctivite. C'est une infection locale remontée à la glande. (Truc et Valude).

Mais il n'en est pas toujours ainsi. La dacryoadénite compliquant le trachome, quoique extrêmement rare et très peu connue, existe certainement. Certains auteurs l'ont nié complètement. Pignatari, dans son travail sur la dacryoadénite consécutive à la grippe, dit : « Que les affections de la conjonctive qui se propagent si facilement au sac lacrymal, aux autres conduits excréteurs, ne provoquent jamais aucune irritation de la glande lacrymale. » Aussi le professeur Roselli, de Rome, à qui nous avons demandé son opinion sur cette question, nous a

répondu n'avoir jamais rencontré dans sa pratique la propagation du trachome à la glande lacrymale, ni sous la forme inflammatoire, ni sous la forme suppurative.

Malgré cela, on a publié quelques observations de dacryoadénite chez les granuleux. Quoiqu'elles soient très peu nombreuses, ces observations, dont l'authenticité est hors de doute, suffisent pour établir l'existence de cette complication.

Déjà Panas, dans son Traité des maladies des yeux indique que certains cas de trachome chronique sont accompagnés d'une tuméfaction de deux glandes lacrymales, mais il n'explique pas la pathogénèse de ces cas. En 1890, Scrosso, dans son travail sur la dacryoadénite aiguë, fait la même observation. Mais plus importantes, ce sont naturellement les études de Baquis (Livorno), sur ce sujet. Cet auteur a fait des recherches très sérieuses basées sur des observations personnelles.

Observation XXX

(Publiée par le docteur Elia Baquis, *in* de Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie 1894.)

Pilade Angiolini, âgé de 37 ans, portefaix, vient me voir à la consultation au mois de juin 1893. Il se plaint de ses yeux, qui le font souffrir depuis longtemps. Rien de particulier du côté de ses antécédents héréditaires et personnels. C'est un homme grand, fort, très musclé ; santé générale bonne ; aucune lésion sur son corps sauf ses paupières. Au premier regard, on est frappé par la position et la forme des deux paupières supérieures. Elles

sont uniformément enflées de façon que le pli orbito-palpébral est complètement disparu. Le point culminant de ses tumeurs est disposé immédiatement au-dessous et au milieu de l'arcade orbitaire. La peau qui recouvre ces régions est pâle, d'aspect normal, n'adhère pas aux plans sous-jacents. Par le toucher, on se rend compte que la tumeur est due à un corps qu'on sent sous l'arcade orbitaire. Elle est très mobile, facilement réductible dans le creux orbitaire, mais on la fait ressortir davantage en appuyant sur le globe oculaire. En somme, c'est une tumeur mobile, bien limitée, grande comme une olive parfaitement lisse, à convexité supérieure et concavité inférieure.

Cette tumeur, comme nous l'avons déjà dit, était bilatérale, mais un peu plus marquée à droite. Les paupières inversées, on constatait des traces d'un trachome chronique grave. La conjonctive du tarse était très saillante, épaissie et entièrement recouverte de nombreuses granulations d'une couleur gris-pâle. La conjonctive bulbaire est fortement hyperhémiée. Les cornées sont légèrement panneuses ; sécrétions lacrymales diminuées. Pas d'exophtalmie, ni de diplopie. La mobilité de l'œil est normale, sauf un peu de gêne pour le mouvement en haut, à cause de la lourdeur des paupières. Les conduits excréteurs sont en bon état ; le fond d'œil normal. Pas d'inflammation d'autres glandes, comme la parotide ou la sous-maxillaire ; pas de ganglions nulle part.

Le malade raconte que sa conjonctivite granuleuse date depuis longtemps, mais que les deux tumeurs dans les creux orbitaires n'ont apparu que depuis six mois. Au début, elles augmentaient peu et ne le gênaient pas, mais plus tard elles ont grossi brusquement, entraînant ainsi, surtout à droite, une gêne considérable et l'impossibilité

de soulever la paupière. De plus, elles sont devenues excessivement douloureuses ; cette douleur est continue et l'empêche de travailler.

Etant donnés ces symptômes et l'interrogatoire complet, qui ne décelait aucune infection, ni générale, ni locale, étant donné aussi que Baquis excluait toute relation possible avec le trachome, cet auteur pose le diagnostic de sarcome de la glande lacrymale ou encore adénome en voie de transformation carcinomateuse. Il propose l'extirpation qui est acceptée très volontiers par le malade.

A l'examen microscopique de la glande lacrymale droite enlevée, il reconnaît l'origine trachomateuse de la tumeur. Baquis a alors soumis son malade au traitement antigranuleux très énergique pendant plusieurs mois. Le trachome s'améliora lentement, et, après un an, tout rentra dans l'ordre ; la tumeur opérée du côté droit n'a pas depuis récidivé ; celle du côté gauche a diminué de telle façon qu'elle n'est que difficilement appréciable. Les douleurs ont disparu.

Nous citerons textuellement les conclusions de M. Baquis : « Nous pouvons donc affirmer, qu'on peut observer chez les trachomateux la formation progressive d'une tumeur dans les deux glandes lacrymales, par l'adénite chronique. Cette tumeur commence dans la conjonctive du tarse et se propage à la glande en suivant le trajet des conduits excréteurs. Cette adénite ascendante ainsi développée s'accentue pendant les poussées aiguës du processus trachomateux et finit par une atrophie de la glande après l'atténuation des poussées, comme le trachome des conjonctives finit par cicatrisation.

» L'évolution anatomo-pathologique, qui se produit dans

la glande durant la maladie est la même que dans la conjonctive, à savoir : il se produit une forte infiltration cellulaire, qui forme des amas surtout autour des acinis et des conduits excréteurs ; dans certains endroits parmi les acinis, on voit se former de véritables granulations. »

CONCLUSIONS

Il résulte de tout ce que nous venons de voir que :

I. L'appareil lacrymal en entier peut être le siège de manifestations pathologiques au cours de l'évolution du trachome chronique, compliquant et prolongeant ainsi cette évolution.

II. Il est très utile, au point de vue thérapeutique, de connaître et d'étudier avec soin l'état lacrymal latent du trachomateux qui, par son existence ignorée, peut mettre en échec les traitements les plus patients et les mieux appliqués.

III. La manifestation lacrymale la plus légère compliquant le trachome est l'épiphora ou larmoiement simple.

IV. La localisation du trachome au niveau du sac constitue la dacryocystite qui peut être simplement muqueuse ou catarrhale, purulente, ou même phlegmoneuse. Toutefois, la dacryocystite peut encore avoir une origine banale indépendante du trachome.

V. La glande lacrymale elle-même peut être atteinte dans le trachome. L'existence de la dacryoadénite est certaine, quoiqu'elle ait été niée par certains auteurs ; elle nécessite l'extirpation de la glande.

BIBLIOGRAPHIE

Antonelli. — Dacryoadenite acuta dei lobuli accessori inferiori. Annali di Ottalmologia, XXII, 1893, p. 499.

Abadie. — Tumeurs rares symétriques des paupières. Arch. d'opht. T. I, 1881, p. 432.

Albini. — Dacryoadenite sifilitica. Annali di Ottalmologia, XVI, 1887, p. 501.

Alexander. — Syphilis und Auge. Wiesbaden, 1888.

Adler. — Sarcome bei der Thrânendrüsen. Wiener Klin. Wochenschrift, II, Jahrgang, 1889, n° 21, p. 422.

Armaignac. — Dacryoadénite aiguë terminée par suppuration. Soc. Méd. Chir. de Bordeaux, 1887, p. 459.

Arlt. — Die Krankheiten des Auges, Prag, 1853.

Ayres. — Inflammation of the lacrymal glands. Med. News, XI, 1882, p. 294.

Abadie. — Gazette hebdomadaire, 1878.

Baquis. — Le trachome de la glande lacrymale. (Das Trachom der Thrânendrüse. Zieglers Beitrage z. path. anat., XIX, p. 406, 1896.

Bull. — Syphilitic diseases of the lacrymal apparatus New-York Med. Journal, 1892, april.

— Adéno-sarcoma of the lacrymal gland. London, Monographie, 1889, p. 368.

DE BASSO. — Le trachome dans la pathologie des voies lacrymales. (Annali di Ottalmologia, 1906, pp. 621 à 659.

BOCH. — Sur le trachome. (Allg. Wiener med. Zeitung, 1893.)

BRUNEL. — Thèse de Paris, 1880.

CHALON. — Adenitis lacrymalis syphilitica. Med. Zeit. des Ver. f. Heilk. in 8°, 1859, Nr. 41.

COQUERET. — Thèse de Paris, 1870.

CIRINCIONE. — Tracoma dei canalicoli lacrimali giornale dell Associazione dei Naturalisti e Medici, Napoli, 1890.

FOXONNET (T.). — Thèse de Paris, 1879.

GALLENGA. — Profilacci del Tracoma. Il Progresso Ophtalmolog., 1907, t. II, p. 281.

GALESOWSKY. — Inflammation des deux glandes lacrymales. Recueil d'opht., 1886, p. 415.

GAYAT. — Inflammation suppurative de la glande lacrymale. Annales d'Ocul., t. XXI, 1874, p. 26.

GRAEFE-SAEMISCH. — Handbuch der Augenheilkunde, 1904, t. V, p. 126.

GUILLOU. — Thèse de Montpellier, 1889.

HERTEL (E). — Von Graefe's Archiv. fur Ophtalmologie. Vol. XLVIII. f. 1er avril 1899.

HIRSCHBERG. — Sur les granulations. Klin. Jahrbuch, 1904.

— Uber die Bekämpfung der Volkskrankeit Trachom. Congrès internat. de Moscou, 1897.

JOLAND. — Thèse de Lille, 1892.

KALT. — Dacryocystite folliculaire. Soc. franç. d'opht. Ann. d'Ocul., C. XI, p. 422.

Knapp. — La nature et le traitement mécanique de la conjonctivite granuleuse. Congrès international de Moscou, 1897.

Kuhnt. — Uber die Therapie der Conjunctivitis granulosa, mit besonderer Berücksichtigung der in den Provinzen Ost und Westpreussens herrschenden Krankheitsformen, 1897. Klin. Jahrbuch, VI, Jena.

Linder. — Augenerkrankung nach Influenza. Wiener med. Wochenschrift, 1891, n^{os} 16-17.

Lawrence William. — Citirt von Transactions of the Ophtalm. Society of the United Kingdom. Vol. XII, session 1891-92.

Moauro. — Contribuzione alla anatomia patologica delle vie lacrimali. Lavori della Clin. Ocul. della R. Univ. di Napoli. Vol. II, 1889-90.

— Conjunctivite follicolare e tracoma. Annali di Ottalmologia, vol. XIX, 1890, p. 377.

Mueller (L.). — Die Aetiologie der Thränensackerkrankungen. 31 Vers. d. Heidelberger Ophtalm. Gesellschaft, 1903, p. 233.

Pignatari. — La dacryoadénite consécutive à l'influenza. Revue générale d'ophtalmologie, 12^{e} année, 1894, p. 11.

Panas. — Traité de maladie des yeux. Vol. II, p. 322.

Strietfield. — Brit. Med. Journal, 1892, p. 633.

Sichel et Variot. — Contribution à l'étude de la dacryoadénite. Thèse de Paris, 1876.

Scheffels. — Ein Fall von acuter doppelseitiger, nicht eitriger Thränendrüsenentzündung Hirschbergs Centralblatt f. Augendeilkunde, 1890, p. 136.

Scrosso. — Contributo alla Dacrioadenite acuta. Annali di Ottalmologia, XIX, 1890.

Truc. — Des troubles lacrymaux latents dans l'ophtalmologie granuleuse. Presse Médicale d'Egypte, 1er mai 1909, p. 63.

— Ablation des glandes lacrymales. Archives d'ophtalmologie, 1889-1893.

— Relations entre les ophtalmies granuleuses et lacrymales. Montp. médical, 1891, p. 293.

— Lymphatisme et trachome. Ann. d'Oculistique, 1891.

— Contribution clinique à la pathogénie de certaines kératites lacrymales. Arch. d'opht., 1893, numéro 3, p. 129.

— Des états lacrymaux latents. Clinique ophtalmologique, 1895, numéro 3.

— Quelques graves complications lacrymales. Annales d'oculist., février 1900.

— Quelques ablations de glandes lacrymales orbitaires ou palpébrales dans les larmoiements rebelles simples ou compliqués. Arch. d'ophtalmologie, 1893, p. 280.

Truc et Peretz. — Examen histologique de la glande lacrymale orbitaire chez une ancienne granuleuse. Revue génér. d'opht., 1908, numéro 6, p. 241.

De Vincentiis. — Infiltrazione linfatica della glandula lacrimale in un individuo tracomatoso. Napoli, 1875.

Weber. — Zur Behandlung der Thränenschlauchstrikturen. Arch. f. Ophth., VIII. S. 105, année 1861.

Wecker et Landolt. — Traité d'ophtalmologie. Paris, 1889.

Ziem. — Uber das Zusammentreffen von Trachom der Bindehaut mit Katarrhen der Nasenschleimhaut. Alg. med. Centralztg, numéro 23.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Chapitre Premier. -- Des états lacrymaux latents dans le trachome	11
Chapitre II. -- Du larmoiement simple ou l'épiphora.	19
Chapitre III. -- De la dacryocystite dans le trachome.	36
Chapitre IV. -- De la dacryoadénite dans le trachome.	50
Conclusions	56
Bibliographie	57

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 12 juin 1909.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé
Montpellier, le 11 juin 1909.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de me confrères si j'y manque !